

КОНЦЕПЦІЯ Загальнодержавної цільової програми розвитку системи спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри та інфекціями, що передаються статевим шляхом, на період до 2020 року

I. Визначення проблеми, на розв'язання якої спрямована Програма

Хвороби шкіри гострозаразного характеру та хронічні шкірні захворювання, а також інфекції, що передаються статевим шляхом, становлять одну з найважливіших медико-соціальних проблем в Україні. Вони істотно впливають на якість життя пацієнтів та їхніх родин і зумовлюють збільшення кількості випадків первинного виходу на інвалідність. Інфекції, що передаються статевим шляхом, є основним чинником розвитку чоловічого та жіночого безпліддя, стимулюють природжені вади плоду та новонароджених дітей, становлять базову причину депопуляції в Україні. Переважання останніми роками статевого шляху передачі вірусу імунодефіциту людини зумовило зарахування ВІЛ-інфекції до захворювань, які передаються статевим шляхом.

За оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку захворювання шкіри уражують від 30 до 70 % людства. Поширеність псоріазу у світі становить понад 2 % населення у загальній популяції, тобто майже 150 млн осіб. У розвинених країнах цей показник ще вищий і досягає 4,6 %. Майже 5 % пацієнтів зі шкірними захворюваннями хворіють на коросту. Значне зростання захворюваності спостерігається під час воєнних дій, коли короста уражує до 30 % населення. Грибкові захворювання шкіри (мікози) щороку виявляють у майже 1 млрд осіб. Поширеність atopічного дерматиту в розвинених країнах становить 15–30 % серед дітей та 2–10 % серед дорослого населення. На екзему щороку хворіють 230 млн осіб (понад 3 %). Меланома шкіри щороку у світі діагностується у понад 230 тис. осіб і призводить до понад 50 тис. летальних випадків, а інші злоякісні новоутворення шкіри є причиною понад 90 тис. летальних випадків.

Щороку у світі понад 500 млн осіб уражують інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), зокрема реєструють сифіліс, хламідіоз, гонорею і трихомоноз. Понад 530 млн осіб інфіковані вірусом, який викликає генітальний герпес (ВПГ-2). У понад 290 млн жінок виявляють інфекцію, спричинену вірусом папіломи людини (ВПЛ). За оцінками ВООЗ та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС), наприкінці 2014 року в світі налічувалося 36,9 млн осіб, інфікованих ВІЛ.

Найвищий рівень захворюваності на гострі і хронічні дерматози та ІПСШ реєструється в осіб молодого, працездатного віку, тобто у найбільш продуктивної частини населення. Перебіг більшості ІПСШ безсимптомний. Деякі ІПСШ можуть підвищувати ризик інфікування ВІЛ у три рази і більше.

Щороку понад 2 млн громадян України потребують дерматологічної та венерологічної допомоги. Хвороби шкіри та підшкірної основи становлять 5,9 % захворювань, які щороку реєструються в Україні.

Захворюваність на хвороби шкіри становить 3884,7 на 100 тис. населення, а захворюваність на ІПСШ включно зі СНІДом — 329,8 на 100 тис. населення.

Дані проведених в Україні епідеміологічних досліджень свідчать, що легітимною (ліцензованою) медичною допомогою при ІПСШ охоплено не більше ніж 40 % осіб, які її потребують. Значна частина хворих практикує самолікування або не лікується зовсім, що спричинює розвиток пізніх та ускладнених форм цих інфекцій.

Відсоток контингенту пацієнтів, яким встановлюють групу інвалідності внаслідок хронічних тяжких захворювань шкіри, щороку зростає. Особливо важливим є той факт, що збільшується кількість інвалідів із хворобами шкіри серед дітей та підлітків. Зростання показників інвалідності свідчить про відсутність в Україні системи відповідних соціально-реабілітаційних заходів. Доступ до санаторно-курортної реабілітації дорослих дерматологічних хворих украї низький, а для дітей та підлітків закладів санаторно-курортного оздоровлення в Україні взагалі не передбачено.

II. Аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування потреби в її розв'язанні шляхом розроблення і виконання Програми

Серед причин недостатньої ефективності надання дерматовенерологічної допомоги потрібно виділити такі:

- Недостатнє розуміння як державою, так і суспільством того, що хвороби шкіри, які є надзвичайно поширеними, значно порушують якість життя хворих і негативно впливають на їх трудову та соціальну активність. ІПСШ спричинюють депопуляцію в Україні, руйнують родинні стосунки, а останніми роками спричинюють не лише тимчасову, а й стійку втрату працездатності.
- Хронічні хвороби шкіри та ІПСШ становлять загрозу якості життя нації, руйнують соціальні взаємозв'язки, негативно впливають на економічну ситуацію в державі.
- Стигматизація, дискримінація і вимушена соціальна самоізоляція, жертвами яких стають люди з візуальними ознаками хронічної хвороби шкіри, зачіпають усі прошарки населення України.
- Недосконалість нормативно-правової бази для регулювання діяльності дерматовенерологічної служби в Україні.
- Недостатня обізнаність лікарів первинної медико-санітарної допомоги, акушерів-гінекологів, урологів, педіатрів у питаннях виявлення, лікування та профілактики захворювань шкіри та ІПСШ.
- Недоліки нинішньої системи післядипломної освіти та атестації кадрів у системі Міністерства охорони здоров'я України.
- Неврегульованість приватної медичної практики в дерматовенерології, гінекології та урології.
- Застаріла організаційно-штатна структура дерматовенерологічної служби.
- Недоступність повноцінної реабілітації хворих.
- Недостатнє фінансування галузі.
- Відсутність визначення доказових економічних непрямих витрат, пов'язаних з хворобами шкіри та ІПСШ.
- Відсутність ефективної взаємодії між лікарями-дерматовенерологами, акушерами-гінекологами та урологами у системі як державних та комунальних медичних закладів, так і приватної медичної практики.
- Відсутність міжвідомчого підходу до питання протидії поширенню ІПСШ.
- Відсутність цільових програм надання дерматовенерологічної допомоги окремим контингентам населення.

Розв'язання перелічених проблем передбачено Державною програмою розвитку системи дерматовенерологічної допомоги населенню України.

III. Мета Програми

Метою Програми є підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із хворобами шкіри та ІПСШ, організація повноцінної медичної та соціальної реабілітації, координація зусиль лікарів усіх спеціальностей та громадськості у протидії поширенню ІПСШ, що буде сприяти підвищенню якості життя населення України і збереженню та поліпшенню генофонду нації.

IV. Шляхи розв'язання проблеми

Проблема реорганізації та розвитку системи надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри та ІПСШ потребує удосконалення структурного та функціонального змісту дерматовенерологічної служби, покращення матеріально-технічної бази дерматовенерологічних закладів, відділень і кабінетів, зміцнення інтегративних зв'язків між лікарями-дерматовенерологами, акушерами-гінекологами, урологами та лікарями загальної практики, підвищення рівня

професійної підготовки з питань дерматовенерології як дерматовенерологів, так і фахівців суміжних спеціальностей та лікарів загальної практики, подолання негативних стереотипів у ставленні до осіб з хронічними дерматозами та ІПСШ і СНІДом, а також залучення громадськості до участі у розв'язанні проблем дерматовенерологічної допомоги населенню України.

1. Удосконалення нормативно-правової бази надання дерматовенерологічної допомоги

В Україні немає жодного законодавчого акта стосовно регламентації надання допомоги пацієнтам із захворюваннями шкіри та ІПСШ. Окремі фрагменти дерматовенерологічної діяльності частково означено в Кодексі України про адміністративні правопорушення, Кримінальному кодексі України, законах України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту та соціальний захист населення». Водночас ці нормативні акти не становлять чіткої законодавчої бази щодо захворювань шкіри та ІПСШ, а деякі положення та формулювання в них не відповідають загальноприйнятій міжнародній практиці. Тому потрібно розробити нормативно-правову базу для регулювання дерматовенерологічної допомоги населенню та проведення загальнодержавних заходів протидії поширенню ІПСШ в Україні та профілактики цих інфекцій і їх наслідків. Для реалізації цього потрібно розробити:

- 1.1. Положення про дерматовенерологічну допомогу населенню України та Порядок взаємодії лікарів усіх спеціальностей та закладів усіх форм власності.
- 1.2. Стандарти якості для оцінки надання дерматовенерологічної допомоги та діяльності дерматовенерологів і фахівців суміжних спеціальностей у системі протидії ІПСШ.
- 1.3. Стандарти діагностики та лікування.
- 1.4. Критерії акредитації дерматовенерологічних закладів та критерії акредитації центрів первинної медико-санітарної допомоги, акушерсько-гінекологічних та урологічних закладів усіх форм власності в аспекті хвороб шкіри та ІПСШ.

2. Удосконалення системи організації дерматовенерологічної допомоги

Систему організації дерматовенерологічної допомоги потрібно вдосконалювати з урахуванням реформування системи охорони здоров'я в Україні та збереження і розвитком вітчизняного досвіду дерматовенерологічної допомоги. Пацієнти дерматовенерологічного профілю мають отримувати допомогу на всіх трьох рівнях надання медичної допомоги, однак ця допомога буде відрізнятися обсягом послуг, терміном їх надання та професійним рівнем фахівців, що їх надають.

- 2.1. На первинному рівні компетенція лікаря загальної практики в питаннях надання дерматовенерологічної допомоги має передбачати: проведення комплексу профілактичних заходів; ранню діагностику хвороб шкіри та ІПСШ; своєчасне направлення хворого до лікаря-дерматовенеролога; курування (диспансерне спостереження) визначених груп пацієнтів під керівництвом лікаря-дерматовенеролога.

- 2.2. Другий рівень надання дерматовенерологічної допомоги — основний та має передбачати спеціалізовану дерматовенерологічну допомогу всьому населенню в основних її видах. Організаційна структура амбулаторної дерматовенерологічної допомоги представлена дерматовенерологічними кабінетами, дерматовенерологічними відділеннями та денними стаціонарами при багатопрофільних лікарнях, самостійними дерматовенерологічними диспансерами.

Стаціонарна дерматовенерологічна допомога представлена стаціонарними відділеннями у структурі дерматовенерологічних диспансерів, окремими дерматовенерологічними лікарнями, дерматовенерологічними відділеннями лікарень загального профілю.

2.2.1. Функції другого рівня надання дерматовенерологічної допомоги:

- діагностика та лікування хвороб шкіри та ІПСШ;
- диспансерне спостереження за пацієнтами з хворобами шкіри та ІПСШ;
- забезпечення ліками цільових категорій населення з профільними захворюваннями;
- організація та проведення профілактичних і реабілітаційних заходів, консультацій;
- ініціювання усіх видів примусових заходів стосовно осіб, які вчиняють правопорушення в аспекті лікування і профілактики ІПСШ;
- робота з правоохоронними органами з питань правового забезпечення суспільної профілактики ІПСШ;
- захист прав та інтересів пацієнтів;

- проведення медикаментозного лікування, організація реабілітаційних заходів та медико-психологічної допомоги з метою підвищення рівня якості життя пацієнтів;
- ініціювання медико-соціальної експертизи пацієнтів з хронічними дерматозами;
- активне спостереження, контроль за лікуванням в амбулаторних умовах та проведення протирецидивного лікування;
- своєчасні медичні дерматовенерологічні профілактичні огляди, систематична оцінка стану пацієнтів диспансерної групи з коригуванням лікувально-реабілітаційних програм;
- проведення медичних оглядів вагітних, новонароджених, дітей, підлітків та організованих контингентів населення за медичними та соціальними показаннями;
- видача довідок та висновків різного значення фізичним і юридичним особам, оформлення документації щодо первинного і чергового проходження огляду медико-соціальною експертною комісією та направлення пацієнтів на дообстеження і лікування у профільні заклади III рівня.

2.3. Надання високоспеціалізованої дерматовенерологічної допомоги на третинному рівні будуть забезпечувати високоспеціалізовані дерматовенерологічні центри (диспансери), високоспеціалізовані дерматовенерологічні лікарні та відділення, консультативно-діагностичні центри дерматовенерології на базі профільних кафедр вищих навчальних закладів Науково-дослідного інституту дерматології та венерології НАМНУ.

2.3.1. Функції третинного рівня надання дерматовенерологічної допомоги:

- консультативна амбулаторна та стаціонарна допомога у складних діагностично-лікувальних випадках з використанням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності;
- вивчення, апробація, оцінка ефективності нових методів діагностики та лікування;
- впровадження новітніх технологій діагностики і лікування та клінічні випробування нових методів, медичного обладнання;
- розроблення наукових методів та підходів до лікування і реабілітації пацієнтів дерматовенерологічного профілю.

2.3.2. Вимоги до закладів третинного рівня надання дерматовенерологічної допомоги:

- заклади повинні надавати високоспеціалізовану дерматовенерологічну допомогу населенню по всій території України без закріплення населення (єдиний дерматовенерологічний простір). Ліжковий фонд дерматовенерологічних закладів III рівня розраховується з урахуванням науково обґрунтованих показників потреби в госпіталізації;
- чітке розмежування функцій вторинного та третинного рівнів з метою ліквідації випадків дублювання функцій та раціонального використання ресурсів;
- до структури мають входити тільки центри (диспансери), лікарні та відділення, оснащені сучасним діагностично-лікувальним обладнанням згідно із затвердженими таблицями;
- організація та проведення наукових досліджень (клінічна кафедра, науково-навчальний інститут вищого навчального закладу, університетська клініка);
- високий професійний рівень фахівців (категорія лікаря — не нижча першої та/або закінчена клінічна ординатура, аспірантура, магістратура та/або науковий ступінь кандидата медичних наук, доктора філософії, доктора медичних наук).

3. Моніторинг стану захворюваності на хвороби шкіри та ПСШ

- 3.1. Удосконалення системи збору статистичних даних, особливо в суб'єктів підприємницької діяльності.
- 3.2. Створення національного та регіонального електронних реєстрів хворих на основні хронічні захворювання шкіри.
- 3.3. Створення галузевої комп'ютерної мережі як частини державної медичної інформаційної системи, розрахованої на користування усіма регіонами України.
- 3.4. Проведення різномасштабних клінічних і епідеміологічних досліджень у дерматовенерології за допомогою сучасних інформативних методів.
- 3.5. Організація регіональних та національної референс-лабораторій з питань діагностики ПСШ та інфекційних хвороб шкіри.
- 3.6. Створення із зарубіжними науковцями та практиками спільних наукових програм та напрямів дерматовенерології.

4. Реформування системи підготовки кадрів з питань дерматовенерології

Надзвичайно важливим є поступовий перехід до розширення обсягів делегованих на рівень лікаря загальної практики дерматовенерологічних повноважень.

Фахівці усіх ланок медико-соціального сервісу для пацієнтів із хворобами шкіри та ІПСШ мають проходити післядипломну підготовку та атестацію за єдиними критеріями Міністерства охорони здоров'я України.

Цілеспрямоване навчання персоналу системи первинної медико-санітарної допомоги, акушерів-гінекологів, урологів, педіатрів та дерматовенерологів з питань виявлення, діагностики та правильної поетапної лікувальної тактики при шкірних та венеричних захворюваннях.

5. Визначення мети та напрямів наукових досліджень у галузі дерматовенерології

Головною метою наукових досліджень Інституту дерматології і венерології НАМНУ, кафедр дерматовенерології вищих навчальних закладів та клінічних дерматовенерологічних закладів мають бути проблеми удосконалення діагностики і лікування хвороб шкіри та ІПСШ, розроблення і оновлення клінічних настанов з питань дерматовенерології, напрацювання науково обґрунтованих рекомендацій з питань профілактики та реабілітації.

6. Розвиток партнерського співробітництва різних галузей та секторів

Важливу роль у наданні якісної комплексної медико-соціальної допомоги відіграє взаємодія різних галузей і секторів, що опікуються питаннями сексуального та репродуктивного здоров'я. У наданні адекватної допомоги хворим на хвороби шкіри та ІПСШ основним чинником є мультидисциплінарна команда у складі лікаря загальної практики, лікаря-педіатра, лікаря-алерголога, лікаря-гінеколога, лікаря-уролога, лікаря-реабітолога. Інтегровану роботу в команді координує лікар-дерматовенеролог.

Перед лікарями акушерами-гінекологами ставиться завдання забезпечення профілактики природженого сифілісу, а також виявлення і лікування ІПСШ у жінок із запальними процесами сечостатевої сфери. Лікарі-гінекологи зобов'язані направляти до територіальних дерматовенерологічних закладів чоловіків та статевих партнерів жінок з ІПСШ, виявлених у жіночих консультаціях.

Лікарі загальної практики та медичні працівники лікарень загальносоматичного профілю і поліклінік повинні під час проведення тілесного огляду пацієнтів здійснювати первинну попередню діагностику візуальних форм ІПСШ, захворювань шкіри гострого та хронічного характеру, проводити скринінгову та експрес-діагностику ІПСШ.

З метою раннього виявлення ІПСШ та хвороб шкіри доцільно зберегти, удосконалити і оптимізувати проведення первинних та періодичних медичних оглядів з подальшим консультуванням у лікаря-дерматовенеролога.

Поряд з організацією національної та регіональних дерматовенерологічних референс-лабораторій слід зберегти принцип централізованих лабораторних досліджень на сифіліс та інші ІПСШ. Потребує удосконалення післядипломна освіта лікарів-лаборантів, біологів та фельдшерів-лаборантів з питань діагностики ІПСШ та хвороб шкіри. На сьогодні є необхідність в удосконаленні профілактики трансфузійного та трансплантаційного сифілісу. Тому потрібно переглянути підходи не лише до повноцінного обстеження донорів крові, тканин та органів, а й розробити нові алгоритми захисту реципієнтів.

Однією з причин поширення ІПСШ є низький рівень обізнаності населення, особливо молоді, щодо причин, наслідків та індивідуальної профілактики ІПСШ. Тому на часі є розроблення чіткої системи гігієнічного та статевого виховання. В цьому плані потребує розширення повноважень та сфери діяльності центрів здоров'я, Клінік, дружніх до молоді, відповідних кафедр вищих навчальних закладів педагогічного профілю.

Потребує удосконалення регламентація роботи суб'єктів підприємницької діяльності, особливо в галузі дерматовенерології, акушерства, гінекології та урології, для контролю їх діяльності за виявленням, діагностикою, обліком, звітністю і лікувальною роботою в аспекті ІПСШ.

Під час запровадження інституту поліції в Україні доцільно включити в його функції розшук та притягнення до відповідальності і лікування осіб, що злісно ухиляються від обґрунтованого обстеження та лікування з приводу ІПСШ. В обласних та міських відділах поліції має бути визначено співробітника, відповідального за проведення спільно із закладами охорони здоров'я заходів, спрямованих на боротьбу з ІПСШ та СНІДом.

Роботу зазначених структур мають координувати міжвідомчі ради з питань репродуктивного і сексуального здоров'я, створені при Кабінеті Міністрів України, обласних, міських та районних

державних адміністраціях або органах виконавчої влади. Ці ради мають приймати рішення, що сприяли б інтеграції зусиль різних відомств, організацій, громадських рухів, фондів і приватних осіб у справі охорони сексуального та репродуктивного здоров'я.

7. Забезпечення доступності та диференційованості дерматовенерологічної допомоги

Для забезпечення доступності дерматовенерологічної допомоги населенню проводиться делегування визначеного обсягу дерматовенерологічної допомоги на рівень первинної медико-санітарної допомоги. Визначаються повноваження та межі компетенції лікарів загальної практики — сімейної медицини під час надання допомоги пацієнтам з хворобами шкіри, ІПСШ та ВІЛ/СНІДом.

Диференційований характер дерматовенерологічної допомоги передбачає надання цілеспрямованих медичних, реабілітаційних, соціальних послуг залежно від віку: дітям, підліткам і особам працездатного віку, пенсіонерам та інвалідам.

Реформування системи надання дерматовенерологічної допомоги є складовою загальної системи реформування охорони здоров'я в Україні і нової філософії державної соціальної політики.

8. Залучення пацієнтів та їхніх родичів, неурядових організацій хворих та громадських піклувальних організацій

Залучення користувачів дерматовенерологічної допомоги до участі в процесі надання їм такої допомоги та медико-соціального сервісу сприятиме оптимізації планування і рівня дерматовенерологічної допомоги. Така допомога найбільш прийнятна для хворих і особливо важливий для них компонент дерматовенерологічного сервісу.

9. Подолання явища стигматизації

Значна поширеність випадків стигматизації осіб з візуальними ознаками хронічних дерматозів не повинна бути перешкодою до отримання ними якісної освіти, адекватного працевлаштування та забезпечення їм безперешкодного доступу до всіх суспільних сервісів. Мають бути створені максимально дестигматизовані умови для навчання, професійної підготовки, лікування та реабілітації осіб усіх вікових груп із хронічними захворюваннями шкіри.

Потрібно розширювати можливості надання дерматовенерологічної допомоги (особливо протирецидивне лікування та диспансерне спостереження) на рівні лікаря загальної практики після відповідних консультацій лікаря-дерматовенеролога II та III рівнів з визначенням плану лікування та реабілітації.

V. Очікувані результати

Виконання Програми сприятиме підвищенню якості життя пацієнтів з дерматовенерологічними хворобами та ІПСШ, зміцненню сексуального та репродуктивного здоров'я населення України та збереженню генофонду нації, що відбудеться за рахунок:

1. Обґрунтування на підставі наукових досліджень ефективних методів організації та фінансування системи дерматовенерологічної допомоги, що сприятиме оптимізації використання ресурсів.
2. Підвищення обізнаності населення щодо факторів ризику розвитку хвороб шкіри, інфекцій, які передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу.
3. Зменшення поширеності ІПСШ та відповідно зниження рівня захворюваності з хронічними запальними процесами сечостатевої сфери, і як наслідок:
 - зменшення неплідності подружніх пар;
 - зменшення внутрішньоутробного інфікування плоду та розвитку внутрішньоутробних вад плоду, зниження показника дитячої смертності;
 - збереження і зміцнення генофонду нації.
4. Зниження показника первинного виходу на інвалідність при хворобах шкіри.
5. Збільшення кількості осіб із хронічними хворобами шкіри та членів їхніх сімей, реінтегрованих у суспільство.
6. Покращення якості життя хворих.
7. Створення чітко організованої системи поетапної допомоги хворим на шкірні хвороби та ІПСШ і СНІД з науковим обґрунтуванням обсягів, стандартів та підходів на кожному етапі.
8. Зменшення прямих та непрямих витрат, пов'язаних із захворюваністю, тимчасовою втратою (зниженням) працездатності, лікуванням та інвалідизацією осіб з дерматовенерологічними захворюваннями.

VI. Фінансове забезпечення виконання Програми

Фінансування Програми здійснюється за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів, інших джерел, не заборонених законодавством України. Концепція Програми повинна містити визначені елементи та етапність виконання з поступовою зміною пріоритетних напрямів фінансування. У разі зміни пропорцій фінансування окремих елементів загальний кошторис має щороку змінюватися для забезпечення реалізації всіх ланок Програми відповідно до отриманих медико-статистичних показників, даних реєстрів захворювань, результатів ефективності впровадження лікувально-профілактичних заходів тощо.

Інститут дерматології та венерології НАМНУ має бути координаційним центром з питань визначення сучасних пріоритетних напрямів наукових досліджень і надання організаційно-методичної та аналітичної допомоги.